

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o

140

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Madeleine MOUCHET

Née le 12 avril 1907, à Niort (Deux-Sèvres)

Contribution à l'Étude

de la

Vaccinothérapie

dans les Affections inflammatoires

de la Peau et des Muqueuses

et particulièrement en Gynécologie

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Madeleine MOUCHET

Née le 12 avril 1907, à Niort (Deux-Sèvres)

Contribution à l'Étude

de la

Vaccinothérapie
dans les Affections inflammatoires
de la Peau et des Muqueuses
et particulièrement en Gynécologie

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.). Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE... .. Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER.....	Clinique médicale.
LIAN.....	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR GOSSET

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de la Salpêtrière
Membre de l'Institut

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MME LE DOCTEUR FRANCILLON-LOBRE

Ex-interne des Hôpitaux de Paris
Chef de la Consultation de Gynécologie de la Salpêtrière

*Qui nous a inspiré ce sujet, et dont la
bienveillance nous a toujours guidée et
soutenue. Qu'elle veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse recon-
naissance.*

A Mlle LE DOCTEUR ALEXANDRA BASS

Assistante à l'Institut Pasteur

*Auprès de qui nous avons toujours
trouvé le meilleur accueil, et qui nous a
aidée de ses conseils, et autorisée à puiser
largement dans ses travaux et publica-
tions.*

A MES MAÎTRES
AU COURS DE MES STAGES HOSPITALIERS DE BORDEAUX
ET DE PARIS

MM. LES PROFESSEURS SABRAZÈS, CARLES, ROCHER

MM. LES DOCTEURS MILIAN, LÉVY-SOLAL, LÉVY-
VALENSI

MM. LES PROFESSEURS LAIGNEL-LAVASTINE GUIL-
LAIN, CLAUDE

M. LE DOCTEUR DE VADDER, chirurgien de l'hôpital
de Saint-Denis.

Contribution à l'Étude de la Vaccinothérapie dans les Affections inflammatoires de la Peau et des Muqueuses et particulièrement en Gynécologie

I

Découvertes et travaux du P^r Besredka.

Vaccinothérapie locale.

On connaît les belles découvertes du Professeur Besredka, et ses travaux sans cesse poursuivis à l'Institut Pasteur ; grâce à eux « l'antivirusthérapie » a pu être mise au point ; et par l'activité des assistants, elle a pu sortir du domaine de la science pure et de l'expérimentation, pour être bientôt largement utilisée dans la pratique courante.

Le Professeur Besredka s'est demandé si certaines infections n'étaient pas des processus purement régionaux, provoquant sur place désordres et réactions, dont les symptômes d'ordre général, ne seraient que l'écho. De là à transformer l'ancienne théorie de l'immunité microbienne, en vertu de laquelle la vaccination est le résultat d'anticorps élaborés par l'organisme, il n'y avait qu'un pas. Aussi, ces expériences ont fait abandonner la vieille doctrine de Wright, sur

les anticorps se formant dans le sang, et ont établi que le rôle primordial dans la lutte entre microbes et cellules revient au filtrat microbien. Ainsi se produit l'immunité locale, chaque groupe de cellules étant susceptible de lutter pour son propre compte. C'est cette immunisation que recherche la vaccinothérapie locale, en renforçant le pouvoir de défense des cellules réceptives par des vaccins.

Il est facile de comprendre, en effet, en prenant l'exemple le plus simple d'infection locale : le furoncle, que si le vaccin peut agir avant que le processus infectieux n'ait pris trop d'extension, il jugulera ce processus. D'autre part, il est aussi évident que, si le vaccin pénètre par où a pénétré ou doit pénétrer le microbe, il vaccinera au fur et à mesure les couches cellulaires qu'il traversera, et l'immunité sera ainsi plus sûrement obtenue que si le vaccin pénètre par voie sanguine. Ce qui se résume en ces deux principes, chers au Professeur Besredka : « tout virus a sa cellule, et toute cellule son immunité », et encore : « le vaccin doit suivre le même chemin que le microbe ». Ces deux principes constituent la base des travaux sur la vaccinothérapie locale, dérivée de la notion, d'immunité locale.

Le Professeur Besredka entreprit alors à l'Institut Pasteur une série d'expériences bien connues, sur les animaux de laboratoire, et en particulier le cobaye, à la suite desquelles il put conclure, comme il le présentait, que c'est la voie cutanée, et non sous-cutanée, qui donne l'immunité la plus solide ; des cobayes

débarrassés de leurs poils sur la face ventrale, enveloppés pendant 24 heures de compresses imbibées de vaccins, se montrèrent immunisés contre les lésions du staphylocoque et du streptocoque. Malgré l'absence de toute réaction locale, l'immunité acquise en ce cas, fut même supérieure à celle que donnent les injections intra-dermiques de vaccins. Pour rendre l'absorption de ces derniers plus rapide et plus facile M. Besredka a remplacé les vaccins courants, composés de microbes tués par des cultures filtrées sur bougies, après 8 jours.

En effet, le bouillon dans lequel a végété un microbe devient impropre à la culture de celui-ci, et, filtré, constitue l'antivirus, dont nous reparlerons plus longuement quant à la technique de préparation. Il ne s'altère pas avec le temps, et même à la stérilisation, ce qui est un avantage extrêmement précieux. Il représenterait, selon Besredka, « la somme hypothétique des propriétés immunisantes et réfractaires d'un filtrat de vieille culture, résistant à 120°, tout en conservant une activité spécifique. En applications locales, ce bouillon filtré ou « vacciné », puisque le microbe n'y pousse plus, peut entraver la pullulation locale du microbe pathogène et déterminer un état de résistance de la peau ou de la muqueuse.

II

Le vaccin Bass antipyogène.

Préparation. Mode d'emploi.

Son application aux affections cutanées.

Mais après ces expériences concluantes, il restait à introduire dans la pratique ces intéressantes données, qui ouvraient des horizons nouveaux dans le traitement de toutes les lésions inflammatoires. Il n'était pas question, là, de vacciner préventivement, mais bien de guérir une infection franchement déclarée. Quoi d'étonnant, en effet, à ce qu'un vaccin agisse mieux, plus doucement et plus sûrement que la thérapeutique jusqu'ici employée, à savoir les antiseptiques, rarement dépourvus d'innocuité, quels qu'ils soient. On a dit, avec raison, que « le meilleur des antiseptiques tue moins de microbes qu'il ne détruit de cellules vivantes ». Et l'antiseptique est en effet traumatisant pour la cellule, et jamais spécifique. Trop dilué, il vaccine le microbe et le rend résistant, au lieu de le tuer. Trop concentré, il attaque les cellules désarmées, ôtant aux tissus leurs moyens de défense, qu'il devrait renforcer. C'est ce que fait le vaccin, qui loin

d'être dangereux pour les tissus est au contraire cytophyllactique.

Les premiers essais d'application en pathologie humaine furent faits par Mlle le Dr Bass assistante à l'Institut Pasteur, dans le service du Professeur Hartmann. Les malades recevaient d'abord des stocks-vaccins, préparés à l'avance avec un grand nombre de souches microbiennes sélectionnées. Pendant ce temps, par des prélèvements du pus de ces malades, on ensemençait de nouveaux bouillons, et, bientôt, on utilisait les autos-vaccins ainsi préparés. Elle remporta de grands succès avec les vaccins anti-staphylococciques et anti-streptocoeciques, dans de nombreuses affections telles que : anthrax, abcès, ostéomyélites, etc., qui avaient souvent retenti profondément sur l'état général, et dont les suppurations prolongées avaient affaibli le malade au point que le chirurgien refusait toute intervention. Nous citerons quelques-unes des observations les plus typiques.

Quant au mode d'emploi, pour les infections à microbes pyogènes, Mlle Bass agit, soit par simple pansement, avec des compresses imbibées du vaccin filtré, dans le but d'intéresser la plus grande surface de la peau, soit par instillation de fortes quantités de vaccins dans la plaie, soit enfin par injections intradermiques, en couronne, circonscrivant la région infectée (cuti-réaction en nappe). Les seules précautions à prendre sont de bien nettoyer la peau à l'alcool puis ensuite au sérum physiologique.

La voie sous-cutanée est exceptionnellement utilisée.

III

Le vaccin Bass antigonococcique.

Préparation.

Après les résultats plus qu'encourageants qu'elle avait obtenus, souvent même inespérés, comme nous le verrons plus loin dans les observations relatives aux infections staphylo et streptococciques, Mlle Bass s'attacha à l'étude du colibacille et du pyocyanique, puis elle essaya la culture du gonocoque et s'y est adonnée depuis 1922. Elle réussit enfin à mettre au point son vaccin, qui fut expérimenté dans les services de MM. Hartmann, Gosset, Marion, Lecène et en particulier à la consultation de gynécologie de la Salpêtrière que dirige Mme Francillon-Lobre, et par qui ont été recueillies plusieurs des observations que nous publions.

Voici quelques détails communiqués par Mlle Bass, relatifs à la technique employée dans la préparation de son vaccin antigonococcique.

Tout d'abord, elle se servait des milieux couramment usités pour la culture du gonocoque et, en particulier, du liquide d'ascite ; ce dernier constitue un

excellent milieu de culture, mais elle y renonça bientôt, ayant quelque scrupule à employer chez la malade un produit de nature pathologique, malgré la stérilisation rigoureuse subie ultérieurement par le vaccin. Après de nombreux essais, elle s'arrêta à un milieu dans lequel elle faisait entrer :

Trois parties de bouillon Martin simple ou glucosé, à 2 % et une partie de blanc d'œuf, tel qu'il est employé depuis longtemps dans le laboratoire du Professeur Besredka. A ce milieu, qui est constant et de préparation relativement facile, elle ajoute quelquefois une certaine quantité d'hématies ou d'extrait globulaire.

On ensemence alors le gonocoque largement, dans des ballons à grande surface, remplis aux $\frac{2}{3}$ avec du bouillon. Après un séjour de 48 heures à l'étuve, il apparaît un léger voile, très fragile, se désagrégeant avec une grande facilité, à la moindre agitation. Ce voile tombe, après quelques jours, au fond du ballon, en formant un dépôt épais jaunâtre, au dessus duquel le milieu reste opalescent ou trouble.

Pour ce qui est des souches et de leur entretien, Mlle Bass insiste sur le fait qu'elle s'attache à utiliser celles qui proviennent de formes sévères, en particulier pour les gonococcies et, autant que possible, des mêmes localisations que celles qu'il s'agit de traiter. D'autre part, chaque souche ne sert qu'une fois, aussi faut-il ensemercer chaque fois de grandes quantités de milieux. Les cultures sont laissées un mois et plus à l'étuve. Elles sont portées ensuite dans un endroit frais et même froid, jusqu'à l'analyse complète du gono-

coque ; on agite les cultures tous les jours ; le blanc d'œuf finit par tomber au fond du ballon. Le liquide surnageant, après contrôle quant à sa stérilité, est réparti en ampoules.

Pour la préparation des autovaccins, on s'arrange pour utiliser, au fur et à mesure des besoins, des cultures de 7, 15, 20 jours, etc. Comme il faut un minimum de 7 jours d'étuve, on commence le traitement par un stock-vaccin préparé avec un grand nombre de souches.

Quant à la technique de l'application de vaccin, elle varie suivant les localisations de l'infection. Nous en parlerons donc en son temps. Mais il est toujours nécessaire, d'abord, de nettoyer la région atteinte au moyen d'une solution non antiseptique. Le vaccin est appliqué ensuite, sous forme de pansements ou d'ins-tillations, 2 fois par jour au moins, la guérison étant d'autant plus rapide que les pansement sont plus rap-prochés.

IV

Son application en gynécologie ; bartholinites.

On peut penser quel avenir était destiné à ce vaccin devant la fréquence et la gravité des infections gonococciques si trainantes et si rebelles chez la femme, qui font si souvent de celle-ci une infirme, et sont responsables de tant de cas de stérilité ; on peut donc dire, sans exagération, qu'elles constituent la majeure partie de la gynécologie. La thèse de Mlle de Larnage a montré les essais et les succès du vaccin Bass dans les métrites, salpingites, vaginites.

Il était naturel d'appliquer cette méthode, puisqu'elle avait si bien réussi dans les infections cutanées dues aux microbes pyogènes banaux, dans les infections cutanées péri-génitales et péri-anales dues au gonocoque et qui sont souvent si désespérantes au point de vue thérapeutique. Ces essais ont été réalisés par Mme Francillon-Lobre et Mlle Bass, avec un succès presque aussi rapide que dans les infections banales de la peau. Mme Francillon a en effet guéri des bartholinites en 6 jours, avec la technique que nous

décrivons plus loin. Nous sommes loin des délais classiques !

Le traitement des affections gynécologiques internes, telles que métrites et salpingites, par le vaccin Bass, ayant été exposé avec une clarté parfaite par Mlle de Larnage, et d'ailleurs n'entrant pas dans le cadre que nous nous sommes proposé, nous nous bornerons à parler des applications de ce vaccin dans les bartholinites, affections si tenaces malgré tous les traitements médicaux qu'on est presque toujours obligé d'avoir recours à la chirurgie. C'est pourquoi, après un bref exposé historique de la bartholinite et des différentes méthodes de traitement tentées jusqu'ici, nous publierons les observations qu'a bien voulu nous communiquer Mlle Francillon-Lobre. Leur nombre en est malheureusement encore restreint mais les résultats obtenus nous ont permis de croire qu'il serait intéressant de les faire connaître.

On connaît la fréquence de la bartholinite chez les jeunes femmes, dans l'immense majorité des cas d'origine blennorragique, et le grand danger qu'elle présente pour la contagion : cette inflammation, après un stade aigu, et quelquefois d'emblée, devenant chronique, est alors une source permanente d'infection ou de réinfection pour le conjoint, et en même temps pour la femme : menace continuelle de métrite et salpingite, dont la conséquence est si souvent la stérilité. La bartholinite joue donc un rôle essentiel dans la dissémination de ce fléau social qu'est la blennorragie pour la femme.

Historique de la bartholinite.

Cependant, la connaissance de la glande de Bartholin, et par conséquent de son inflammation, est une notion relativement récente. Elle ne fut que soupçonnée, en effet, par Plazoni, de Padoue (1631), puis découverte par Duverney, un vétérinaire, chez la vache ; il en déduisit son existence chez la femme, mais elle ne fut décrite que par Bartholin, qui lui donna son nom, en 1676. Puis elle fut étudiée par de nombreux auteurs, en particulier par Haller, dans ses « *Muliebra* ». Enfin, la première observation de bartholinite est publiée par Hunter, mais il faut attendre jusqu'en 1849, pour trouver une description précise de cette affection, par Hughier (Mémoire à l'Académie de Médecine sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme. *Annales des sciences naturelles*). Elle est étudiée histologiquement par Langherans (1874) qui reconnaît ses nombreux diverticules, ses acini en massues, tapissés d'un épithélium caliciforme analogue à celui du col utérin et ses canaux excréteurs, à épithélium cylindrique qui devient pavimenteux, à mesure qu'il se rapproche de l'orifice externe. Fauvel dans sa thèse (1886) signale le grand intérêt de la bartholinite pour la contagion, et Sängér (*Schnitz Jahrbücher*, 1889) fait de la glande enflammée une description demeurée classique, avec son orifice, normalement très petit, devenu large et entouré d'une aréole rouge, qu'il appelle « macule gonorrhéique ».

Quant au traitement mis en œuvre, il est inutile de dire qu'il fut longtemps rudimentaire et empirique : les anciens soignaient la bartholinite comme toutes les inflammations, par les cataplasmes et les onguents. Velpeau appliquait des sangsues sur le périnée, puis pratiqua l'incision de la glande, avec drainage, pour éviter les fistules. Mais nous progressons rapidement et Hughier en fait déjà l'ablation au bistouri (1850).

Avant d'exposer les traitements modernes et les méthodes actuellement employées, l'excision chirurgicale étant d'ailleurs la plus répandue, nous décrirons rapidement les signes cliniques de cette affection inflammatoire, souvent primitive, mais qui apparaît aussi fréquemment comme une complication des vulvites et des vulvo-vaginites.

En dehors des cas où elle se manifeste comme un épiphénomène au cours de la blennorragie, elle peut se voir : au cours de l'infection puerpérale (streptocoque), au cours des maladies infectieuses graves (saprophytes banaux dont la virulence est exaltée).

Il existe, naturellement, des facteurs favorisants qui se rencontrent dans la congestion pelvienne et périnéale produite par la menstruation, et des irritations locales telles que : traumatismes, excès de coït, masturbation.

La bartholinite aiguë est caractérisée par un début brusque, une douleur pongitive intense, accompagnée d'œdème et de congestion de la grande lèvre ; quelquefois un début insidieux, marqué par de la gêne, de la pesanteur, du prurit vulvaire, s'exacerbant au toucher et à la marche.

A la période d'état on constate : une tuméfaction piri-forme de la grande lèvre, qui est lisse et tendue, rouge, la muqueuse de la face interne du vagin est soulevée et tend à effacer le pli nympho-labial; elle est recouverte d'un enduit purulent.

A la palpation, on sent une tumeur du volume d'une noix, fluctuante, occupant la base de la grande lèvre. A la pression on fait sourdre du pus par l'orifice du canal excréteur.

Il existe de l'adénite inguinale concomitante. La douleur irradie dans l'aîne, la cuisse, le périnée. Ces phénomènes locaux s'accompagnent de malaise, d'inappétence.

L'ascension thermique est de 38°-39°.

Abandonnée à elle-même la collection purulente s'ouvre spontanément. L'évacuation du pus est suivie de la sédation des douleurs mais laisse souvent persister une fistule.

La cicatrisation peut toutefois se produire. La cicatrice forme un repli semi-lunaire particulier qui permet le diagnostic rétrospectif.

Mais la *bartholinite chronique* est de beaucoup la plus fréquente. Elle peut succéder à la bartholinite aiguë. Le plus souvent elle est chronique d'emblée. Elle s'établit insidieusement. Il existe une gêne passagère accompagnée de gonflement intermittent de la grande lèvre, surtout marquée au moment des règles. L'écoulement est insignifiant et peut se confondre avec une leucorrhée vaginale. En écartant la grande lèvre on peut voir au niveau de l'orifice du canal excréteur une érosion lenticulaire, c'est la tache de Sânger.

Un doigt introduit dans le vagin permet de sentir la glande épaissie et indurée.

En résumé la *bartholinite* n'est pas une maladie grave, mais elle constitue le plus souvent un réservoir de gonocoque qui demeure longtemps virulent.

Le traitement classique de la *bartholinite aiguë* consiste à mettre la malade au repos. Prescrire les injections vaginales chaudes et antiseptiques, les pansements humides protégés par une toile imperméable.

Dès que le pus est collecté ouvrir largement en faisant suivre l'incision d'un attouchement de toute la cavité à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent à 1 pour 50. Tamponnements à la gaze.

Pour la *bartholinite chronique* l'extirpation de la glande est le traitement de choix.

On la pratique de la façon suivante sous anesthésie locale :

L'index introduit dans le vagin refoule la glande en dehors. On trace alors sur la face externe de la grande lèvre une incision de 4 à 5 cm. qui longe la branche ascendante de l'ischion. On fait une dissection au bistouri de la glande et de son canal excréteur. L'hémorragie profonde qui se produit est toujours abondante. Aussi, on fait suivre l'opération de tamponnements serrés à la gaze. La guérison survient rapidement.

Le traitement des bartholinites.

Il est peu d'affections gynécologiques que le praticien ait plus fréquemment à traiter que la bartholi-

nite. Ce traitement est délicat, aussi à côté des méthodes chirurgicales, on a préconisé plusieurs techniques.

C'est ainsi que M. Lorain (1) a décrit récemment une cure ambulatoire des bartholinites. Tout au début d'une bartholinite aiguë, il convient de se contenter d'injections vaginales et bains locaux très chauds, sans antiseptiques. Puis, quand la collection purulente est formée, désinfecter soigneusement la grande lèvre malade, saisir la collection entre deux doigts de la main gauche et y introduire brusquement un fin trocart ; l'aspiration douce, mais soigneusement faite, permet d'évacuer le pus. On s'arrête au moment où le sang apparaît, et on injecte dans la poche 2 à 3 cmc. de *teinture d'iode* du Codex fraîchement préparée. On malaxe la poche doucement puis on retire par aspiration tout ce qu'on peut de teinture d'iode, au bout de 2 à 3 minutes. Les jours suivants survient une réaction inflammatoire : on calme les douleurs à l'aide de *compresses* imbibées d'*eau très chaude*. Habituellement, une seule intervention suffit, mais parfois il faut la renouveler deux fois à 6 ou 7 jours d'intervalle. Au bout de quelques semaines, il ne reste plus qu'un noyau profond, presque complètement indolore, et qui est le vestige cicatriciel de la glande de Bartholin détruite.

Dans la bartholinite chronique, l'auteur préfère avoir recours à l'*électro-coagulation*.

D'autre part, MM. Lacapère et Galliot (2) ont préco-

1. *Concours Médical*, 8 janvier 1927.

2. Société de Médecine de Paris, 1924 (Notes pratiques d'Actualité Médicale), mars 1928, p. 709-711.

nisé un traitement local radioactif susceptible de rendre de très grands services dans les bartholinites chroniques ouvertes.

Dans 2 cas de bartholinite aiguë fermée à gonocoque, ils ont pratiqué l'injection en plein tissu glandulaire d'un 1/2 cmc. d'une solution de bromure de radium, ils ont vu, à la suite de l'injection, un redoublement des phénomènes inflammatoires, imposant l'incision de la glande au bistouri. Il convient donc d'éviter une telle intervention.

Par contre, ils ont appliqué la pommade au nitium au traitement de nombreux cas de bartholinite chronique, largement ouverte. La technique est simple : dans la glande, qui donne lieu à un écoulement incessant par son canal excréteur, on introduit avec le tube de pommade coiffé d'une sonde finement coupée, pénétrant dans le canal excréteur, un 1/4 de cmc. environ de la pommade, jusqu'à ce que celle-ci ressorte par l'orifice glandulaire. L'introduction peut également se faire avec une seringue coiffée d'une aiguille mousse.

Les phénomènes constatés à la suite de l'injection radio-active dans la glande de Bartholin sont identiques à ceux qui se produisent dans les cas de métrite chronique traités par les crayons radio-actifs. Il se produit une augmentation brusque de l'écoulement, qui se montre d'abord constitué par une masse de polynucléaires, bientôt remplacés par des mononucléaires de toutes tailles, qui disparaissent eux-mêmes pour céder la place à un flux muqueux destiné à se

tarir spontanément en quelques jours. Cette disparition de l'écoulement glandulaire entraîne l'assèchement de l'écoulement purulent qui constitue le symptôme principal de la bartholinite; la guérison survient ainsi, dans les cas les plus favorables, 5 à 10 jours après la première application. Il est parfois utile, dans les bartholinites tenaces, de renouveler après quelques jours l'application de pommade radioactive.

L'effet du topique demeure absolument superficiel, car il résulte surtout de l'action des rayons rendue possible par le contact de la substance radioactive avec les tissus malades.

Ainsi les préparations au nitium, par ailleurs si précieuses dans le traitement des métrites chroniques et du chancre mou, sont-elles appelées à rendre les plus grands services en gynécologie, dans le traitement curatif et la prophylaxie des maladies vénériennes.

Outre la teinture d'iode, et les métaux radioactifs, le chlorure de zinc a également été employé, dans la bartholinite, par Gonin et Aoustin, avec succès disent les auteurs. D'autre part on a longtemps utilisé des injections de permanganate de potasse dans la glande, à des dilutions progressivement concentrées, en commençant à 1 pour 200, puis 1 %, puis 1 pour 50 et enfin 1 pour 30, qu'on répétait jusqu'à guérison. L'argyrol, employé à peu près avec la même technique, a également valu de beaux résultats à Saint-Lazare, d'après la thèse de M. Péreton (1933), qui publie de nom-

breuses observations de bartholinites ainsi guéries en 15 à 20 jours, sans aucune récurrence.

On a également quelques essais intéressants de protéinothérapie locale tentée par Duruy et Sézary (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1929). Ces auteurs, ayant obtenu de très bons effets de cette méthode de traitement dans les collections purulentes, et en particulier par l'injection intra-ganglionnaire d'eau peptonée dans les bubons chancrelleux eurent l'idée de l'appliquer aux bartholinites. Ils en guérèrent 11 cas rapidement et avec simplicité. Nous ne nous attarderons pas à décrire leur technique ; mais nous avons maintenant passé en revue tous les traitements employés jusqu'ici pour guérir la bartholinite et qui n'aboutissaient le plus souvent, malgré une guérison apparente, qu'à ajourner l'intervention chirurgicale, à laquelle la femme devait tôt ou tard se résoudre.

En effet, la bartholinite est essentiellement chronique et désespérément chronique. Même lorsqu'elle paraît guérie, et qu'on se félicite du traitement en œuvre, ce n'est qu'une accalmie, et aux prochaines règles, à l'occasion d'une poussée congestive de la région pelvienne due à une influence quelconque, l'inflammation reparaît, avec son cortège de symptômes si pénibles pour la malade. Cependant, se soumettre à l'opération qu'on lui propose lui semble disproportionné à une affection qui lui paraît bénigne et seulement gênante, et souvent elle ne peut s'y décider. D'ailleurs, on sait que l'intervention s'accompagne souvent d'une hémorragie abondante, dans cette

région si vascularisée, et l'on peut dire que l'opération est souvent aveugle, alors que la dissection de la glande devrait se faire avec une si grande précision.

On peut donc s'étonner que devant une intervention relativement importante, exigeant une anesthésie générale et que les femmes acceptent difficilement, en présence d'une inflammation dont le microbe est bien connu, on n'ait pas essayé plus tôt la vaccinothérapie, et que cette méthode ne soit pas toujours employée.

Pourquoi, en effet, puisque le vaccin donne des résultats excellents dans les infections de la peau, n'agirait-il pas de même dans les infections cutanéomuqueuses gynécologiques ? Le vaccin antigonococcique étant au point, comme nous l'avons vu plus haut, Mme Francillon Lobre l'a employé pour traiter les bartholinites avec une technique spéciale qu'elle a précisée :

La région après avoir été nettoyée soigneusement avec du coton hydrophile stérile, imbibé d'une décoction chaude de camomille est recouverte d'une compresse de gaze stérile trempée dans du vaccin polyvalent, additionné par moitié de décoction chaude de camomille. Sur cette compresse humide on applique un coussinet épais de 2 cm. de coton hydrophile stérile, imbibé de la décoction chaude de camomille. Au bout de 10 minutes, ce coussinet d'ouate humide est remplacé par un nouveau coussinet trempé dans la camomille chaude, et ainsi de suite pendant

45 minutes. On laisse ensuite la compresse de gaze trempée dans le vaccin, recouverte d'un tampon d'ouate stérile et au bout de 3 heures on recommence les mêmes applications chaudes et répétées pendant 45 minutes. C'est grâce à la répétition de ces pansements chauds humides que la tuméfaction disparaît rapidement ainsi que la douleur. Les compresses de gaze trempées de vaccin sont renouvelées 3 à 4 fois par 24 heures.

Quand la glande est très indurée, on pratique des pulvérisations chaudes pendant un $\frac{1}{4}$ d'heure, 2 fois par jour au moins. La glande ainsi traitée se laisse mieux pénétrer par le vaccin que l'on applique également 2 à 4 fois par jour.

Lorsque la glande est prête à s'ouvrir, on instille le vaccin à l'intérieur, et l'on introduit de petites mèches imbibées de ce dernier. On ne laisse la glande se fermer que lorsqu'elle est complètement vidée. Mais on continue d'appliquer alors les pansements chauds quelques jours encore, pour faire disparaître l'inflammation périphérique et empêcher les récidives.

Nous donnons plus loin quelques observations typiques.

V

Lésions inflammatoires péri-anales.

Abcès de la marge de l'anús.

Parmi les suppurations péríanorectales, les abcès de la marge de l'anús en sont la forme la plus fréquente et la moins grave ; souvent une fistule succède à leur ouverture spontanée ou incorrecte. Les autres suppurations péríanorectales, abcès de la fosse ischio-rectale, abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, sont plus rares, plus graves et plus difficiles à traiter ; elles nécessitent des interventions beaucoup plus mutilantes, qui doivent être pratiquées dans un centre chirurgical.

L'infection en est toujours la cause essentielle ; le *bacterium coli*, qui habite le conduit ano-rectal, est l'agent habituel de ces abcès ; le staphylocoque et le streptocoque s'y associent fréquemment. La tuberculose intervient souvent dans la genèse de ces abcès, comme en témoigne leur fréquence chez des malades atteintes de tuberculose pulmonaire. L'infection se fait à la faveur d'une érosion ou d'une ulcération minime de la peau ou de la muqueuse de la région ano-rec-

tale ; parfois, une excoriation hémorroïdaire en est le point de départ. La propagation se fait par voie lymphatique.

On en distingue plusieurs variétés cliniques : l'abcès tubéreux de Chassaignac est intradérmique, véritable furoncle développé aux dépens de l'appareil pilo-sébacé de la région. Il forme une petite tuméfaction rouge, douloureuse ; bientôt sourd un pus séreux, contenant parfois un bourbillon. Si l'on incise l'abcès dès qu'il est formé, la guérison peut être complète.

L'abcès phlébitique circonscrit de Chassaignac est formé par la suppuration d'une ampoule hémorroïdaire, séparée du réseau veineux par thrombose, et constituant une sorte de petite poche close. Il s'ouvre spontanément. Ces deux variétés répondent à des abcès peu considérables, capables de guérir sans fistule.

Mais il en est une autre forme, où la suppuration est plus étendue : l'abcès sous-cutanéomuqueux de la marge de l'anus, abcès sous et intra-sphinctérien, c'est le point de départ ordinaire de la fistule de l'anus. Il peut revêtir deux aspects cliniques différents :

a) La forme subaiguë. L'abcès apparaît insidieux, du ténesme, une légère tension douloureuse dans le rectum. L'état général est excellent, le sujet vaque à ses occupations. L'abcès crève dans un effort de défécation.

b) La forme phlegmoneuse. Plus fréquente, la formation de l'abcès s'accompagne d'une vive douleur la tuméfaction est douloureuse et chaude, elle se

développe au niveau de la marge et du canal anal. La peau rougit vers le centre de la tumeur, elle prend une teinte violette.

La douleur est extrême, le sujet ne peut rester assis, se couche sur le côté, la marche, la défécation sont extrêmement pénibles. L'état général est profondément atteint, fièvre, anorexie, céphalée.

Cet état cède par l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès.

Pour examiner l'abcès, on cherche la fluctuation entre 2 doigts, l'un introduit dans l'anus, l'autre appuyé sur la région anale. Cet examen est très douloureux.

Quant au traitement, le meilleur était jusqu'ici, chirurgical d'emblée : il fallait ouvrir l'abcès précocement, sans s'attarder aux applications chaudes et résolutives, sans attendre que la fluctuation fût nettement perceptible. L'anesthésie locale était nécessaire et suffisante en général ; toutefois, chez certains sujets pusillanimes, on devait recourir à l'anesthésie générale. Après avoir ponctionné l'abcès à son point déclive, le pus s'écoulait, on explorait alors la cavité au moyen d'une sonde cannelée, et l'on s'apercevait ainsi que ses prolongements remontaient parfois sous la muqueuse rectale.

Quand on a reconnu le fond de l'abcès, on fait basculer la sonde afin de perforer à ce niveau la muqueuse anale ; on sectionne au bistouri ou au thermocautère la muqueuse qui est chargée sur la sonde : l'abcès est ainsi ouvert sur toute sa longueur, on

nettoie ses parois, ou mieux, on curette et l'on bourre la cavité de gaze iodoformée.

Les pansements et soins consécutifs sont très importants : il faut laver la plaie et changer la mèche chaque jour et chaque fois que le malade va à la selle. Il faut surveiller la cicatrisation : la plaie doit se combler de la profondeur vers la superficie. Les bourgeons charnus exubérants seront cautérisés à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent. Il faut des semaines pour que la plaie soit guérie et la fistule est toujours à craindre.

Devant un traitement si long et si aléatoire on a cherché depuis longtemps des thérapeutiques médicales, en particulier par ponctions et injections modificatrices, comme pour la bartholinite. Depuis l'avènement de la vaccinothérapie, il était naturel d'adapter cette arme nouvelle à une infection si pénible. Des résultats intéressants furent obtenus avec le bactériophage, et nous citerons, entre autres, les essais publiés par M. Raiga et par M. Jacquemaire (*Journal Méd. de Paris*, 19 oct. 1933). Avant que l'abcès ne soit collecté, il injecte sous la peau de l'épaule 2 cmc. de staphyphage. Le lendemain, l'abcès est tendu, fluctuant, la température élevée : l'injection de bactériophage a collecté, localisé l'abcès. Dans la plupart des cas, d'ailleurs, c'est à ce stade seulement que l'on voit le malade.

Il pratique alors une première injection sous-cutanée de 2 cmc. de staphyphage, puis, sous-anesthésie locale, ponctionne la collection au bistouri, et la vide,

en s'aidant de l'expression avec un doigt rectal. Quant il ne sort plus que du sang, il y injecte avec une seringue sans aiguille, 5 à 10 cmc. d'un mélange de staphy et coliphage, à plusieurs reprises, et termine en vidant le liquide et en pansant à sec. Dans la plupart des cas il a vu la douleur céder immédiatement pour ne plus reparaitre et la température tomber le soir même de l'intervention. Le lendemain, l'orifice créé s'est presque refermé, il rouvre le pertuis avec une sonde cannelée, et pratique un nouveau lavage. Il est rare d'avoir à le répéter plus de 2 à 3 fois. Aux troisième et quatrième jours, on déconstime le malade, qui reprend ses occupations sans pansement et sans jamais de fistule. L'auteur affirme ainsi que le traitement des abcès de la marge de l'anus est l'un des triomphes du bactériophage.

M. Brugeas a rapporté également à la Société de Chirurgie de Marseille (21 juin 1930) des résultats aussi encourageants : dans 2 cas de phlegmon du creux ischiorectal gauche, la ponction évacuatrice, suivie d'injections d'assez grosses doses (50 à 100 cmc.) de bactériophage, a amené la guérison en 15 à 20 jours, avec disparition rapide des fistules. Les premières injections ont été suivies d'une ascension thermique à 39°, s'accompagnant d'une diminution très rapide des douleurs, et d'une amélioration considérable de l'état général. Il avait employé un stock bactériophage anti-pyogène sans savoir exactement à quel microbe pathogène il avait affaire.

Mme Francillon-Lobre et Mlle Bass ayant obtenu

des guérisons très rapides dans nombre de cas analogues grâce au vaccin Bass, l'ont employé pour traiter les abcès de la marge de l'anus. Le premier essai dont nous donnerons plus loin l'observation détaillée fut fait en 1923 : le malade portait depuis quelques mois une fistule consécutive à un phlegmon péri-anal. On lui fit une injection d'auto-vaccin filtré dans le trajet, tous les 2 jours. Une ou deux fois, il eût une réaction fébrile, mais la guérison fut rapide : au bout de 2 mois, le trajet était d'1 cm. 1/2 au lieu de 6 cm. et, 1 mois plus tard, la cicatrisation achevée, et l'état général du malade excellent. Des cas analogues furent traités depuis, avec d'aussi bons résultats, surtout quand on considère leur chronicité, d'ordinaire désespérante.

Observations.

Affections inflammatoires diverses de la peau.

OBSERVATION I.

(A. Bass, Soupault et Drouet.)

I. — *Abcès lymphangitique du mollet.*

Louis C..., 43 ans, entre à l'hôpital le 22 juin 1923. Se souvient avoir eu, 15 jours, auparavant, une excoriation minime du cou-de-pied. Deux jours avant son entrée, brusquement, pendant la marche, crampe dans le mollet, la douleur augmente dans l'après-midi, et il s'alite (frissons, fièvre, insomnie). Le lendemain, au travail, réapparition de la douleur, qui devient très lancinante.

A son entrée, grand placard rouge sinueux diffus, occupant la région du mollet, et très douloureux à la pression. Au centre, induration large de 2 travers de doigts, ganglions inguinaux bilatéraux.

Le 28, pansements avec des compresses imbibées de vaccin filtré antistrepto, et antistaphylococcique. Dès le 30 juin, apparition d'une fluctuation nette, à la face supérieure du mollet ; ouverture et drainage. On prélève du pus dont l'examen montre qu'il s'agit de streptocoques, pansements quotidiens au vaccin filtré.

Le malade sort complètement guéri le 16 juillet.

Ce qu'il y a de plus notable, c'est moins la rapidité de

guérison que la cessation des phénomènes lymphangiotiques diffus, et la localisation de l'abcès en 48 heures.

OBSERVATION II.

II. — *Plaie fistulisée du talon.*

Alphonse A..., 45 ans, entre à l'hôpital pour plaie fistulisée du talon droit. Blessé en 1915 par un corps étranger dans une usine (fracture ouverte des 2 os de la jambe et du calcanéum. Suture primitive de la plaie jambière. pansement à plat de la plaie talonnière qui suppura pendant 10 mois). La plaie guérit rapidement.

III. — *Phlegmon de la cuisse gauche.*

Charles B..., 28 ans, entre le 1^{er} août 1923, blessé de guerre en 1915, depuis cette époque, abcès à répétitions, qui s'ouvrent spontanément, se fistulisent plus ou moins longtemps. Au mois d'avril dernier douleurs de la cuisse gauche avec fièvre aux environs de 38°, et au bout de 2 mois, augmentation de volume de la cuisse. Progressivement, se développe à la face postéro-externe un abcès. Hospitalisation le 1^{er} août. A son entrée, au cours d'une ponction à la seringue ouverture de l'abcès qui se vide à partir du 6 août, pansements tous les 2 jours, avec le vaccin filtré, (auto-vaccin antistrepto et antistraphylococcique) au milieu d'une mèche introduite dans la plaie. L'exploration au stylet conduit jusqu'à l'os, très augmenté de volume, et perçu très facilement à travers les masses musculaires.

Amélioration progressive et rapide, les jours suivants ; le malade se lève le 21, et sort le 22 août. La cicatrisation

est presque absolue, il ne reste qu'une petite plaie bourgeonnante, de la grosseur d'un petit pois, sans profondeur, mouvements du genou normaux.

Bartholinites.

OBSERVATION I.

(M^{lle} de Jong).

M^{lle} T..., bartholinite gauche, de la grosseur d'un œuf, très dure. La malade est en pleine poussée aiguë, elle se plaint de douleurs vives de tension ; température 38°. Il est question de lui faire subir une opération. Comme elle n'y consent pas on lui applique des coussins chauds de camomille allemande, pendant 15 à 20 minutes, 3 à 4 fois par jour, suivis d'applications locales de vaccin antigonococcique et antistaphylococcique. La malade sent ses douleurs rapidement calmées, au moment où la glande s'ouvre, la malade se plaint d'une légère recrudescence de douleur. L'examen du pus donne une culture pure de gonocoques. On instille du vaccin antigono. directement dans la glande et on y introduit une petite mèche imbibée de vaccin. La malade est pansée 3 à 4 fois par jour. Au bout de 12 jours, la plaie est fermée, la glande devient tout à fait normale. La malade habituée à des récidives se trouve depuis définitivement guérie.

Toutes les observations qui suivent nous ont été communiquées par Mme Francillon-Lobre.

OBSERVATION II.

M^{me} V..., 28 ans, nous appelle le 5 mai 1930 pour une bartholinite survenue au cours d'une blennorrhagie subaiguë et qui est caractérisée par une tuméfaction douloureuse de la grande lèvre du côté droit, avec ganglion inguinal et température de 38°5.

Nous commençons aussitôt le traitement local et les injections sous-cutanées de vaccin antigonococcique et nous obtenons la guérison au bout de 4 jours.

OBSERVATION III.

M^{me} P..., 42 ans, hystérectomie il y a 20 ans pour salpingite double, vient me consulter en janvier 1932 pour un écoulement — tout récent — pertes jaunes verdâtres avec douleurs de cystite. Je fais un prélèvement dans lequel on trouve du gonocoque.

Le col est sain, les culs-de-sac souples. On commence aussitôt le traitement par les pansements au vaccin local polyvalent, injections sous-cutanées de lysat antigonococcique.

Au bout de 4 jours un gonflement apparaît au niveau de la grande lèvre gauche avec ganglion inguinal : température 38°2. La glande de Bartholin est tuméfiée et sensible.

Le traitement par les applications locales de vaccin, avec toutes les 3 heures, pendant 30 minutes, des compresses de camomille chaude renouvelées toutes les 10 minutes, est commencé.

En 48 heures, la tuméfaction et la douleur ont disparu. Le ganglion s'est affaissé.

Le traitement de la métrite est continué jusqu'à disparition de gonocoque dans les sécrétions cervicales.

OBSERVATION IV.

M^{me} B..., vient me consulter pour un écoulement jaune verdâtre apparu depuis quelques jours, le 10 octobre 1932. Elle a eu 4 enfants et n'a jamais présenté aucune complication à la suite de ses accouchements.

Au toucher l'utérus est gros, sensible ; rien aux annexes.

Un examen des sécrétions révèle la présence de gonocoques.

Le traitement local avec compresses de vaccin polyvalent et les injections de vaccin sous-cutané, sont aussitôt commencés. Au bout de 2 jours : température de 40°, péri-métrite.

Injection sous-cutanée de pyoformine. La température descend à 38° le lendemain. Amélioration de l'état pelvien. La malade présente le 18 octobre une tuméfaction de la lèvre droite avec ganglion dans l'aîne.

C'est un début de bartholinite.

Le traitement est appliqué et en 48 heures tout est rentré dans l'ordre.

Le traitement local est continué jusqu'à guérison complète de la métrite.

OBSERVATION V.

M^{me} R..., vient me consulter le 18 février 1931. Elle pense avoir été contaminée le 16 février, 2 jours avant sa visite.

C'est une femme de 55 ans, bien² portante ayant une

filles de 25 ans, elle n'a jamais eu aucune lésion génitale.

L'utérus est petit, les culs-de-sac souples. Rien d'annexiel.

Le col est petit, paraît absolument sain. Nous prélevons une goutte de sérosité dans le canal cervical pour faire une lame. L'examen révèle la présence de gonocoques.

Dès le 18 février la malade est traitée par des applications de vaccin polyvalent, sur des compresses appliquées sur le col, et par des injections sous-cutanées de lysat de gonocoques préparé par le Dr Bass. Le 22 février on sent dans l'aîne droite un ganglion gros comme une noisette. La malade a 39° de température. La lèvre droite est gonflée, la glande de Bartholin est tuméfiée.

La malade mise au lit on commence aussitôt les applications de vaccin avec, toutes les 3 heures, pendant 30 minutes des applications de compresses très chaudes de camomille, renouvelées toutes les 5 minutes.

Le lendemain la tuméfaction a diminué ; la température est descendue à 38°. L'empâtement sensible au toucher vaginal du côté droit a également diminué. Le même traitement est continué le 23 février.

Le 24, le ganglion a fondu, la grande lèvre est dégonflée, l'inflammation a cédé.

Les injections de lysat intradermique sont continuées, et les applications de vaccin sur le col, jusqu'à disparition complète des gonocoques dans l'écoulement vaginal.

OBSERVATION VI.

M^{me} de M..., depuis trois jours a une tuméfaction de la vulve avec prurit intense, douleurs vives en urinant et léger écoulement vaginal. Elle arrive de la campagne ne

pouvant plus supporter les douleurs vives qu'elle ressent.

Je la vois le 5 février 1931 à 6 heures du soir.

Toute la vulve est tuméfiée, rouge, luisante, extrêmement douloureuse. Le gonflement est tel que la malade n'a pu uriner depuis le matin à 4 heures. Il y a des ganglions dans les aînes.

Je la sonde avec de grandes précautions et je fais sur la vulve des applications de compresses de gaze trempées dans le vaccin du Dr Bass. Toutes les 3 heures, même pendant la nuit, on fait des applications de compresses chaudes de camomille renouvelées toutes les 10 minutes, pendant 45 minutes. Le lendemain matin, je revois la malade déjà transformée.

La vulve a diminué de volume, elle a pu uriner. Elle souffre beaucoup moins. Je puis introduire un spéculum de petit volume et mettre dans le vagin sur le col utérin une mèche de gaze imbibée de vaccin.

Le traitement est continué régulièrement et en 48 heures tous les accidents ont disparu. Il ne s'agissait pas là d'une infection à gonocoque ; dans les sécrétions on a trouvé de l'entérocoque, du staphylocoque, du streptocoque, du colibacille.

OBSERVATION VII.

M^{me} O..., 30 ans, 15 novembre 1930, présente depuis quelques semaines un écoulement vaginal abondant (gonocoque à l'examen). Le toucher ne révèle aucune lésion utérine et annexielle.

Traitement : pansements aux filtrats et injections sous la peau. Fin novembre, on sent un ganglion de l'aîne droite comme une noisette, avec un cordon lymphangitique, une bartholinite se déclare, qu'il faut inciser.

Les pansements au vaccin sont repris dès le surlendemain de l'opération, ainsi que les injections sous-cutanées de filtrat, injections vaginales à l'eau bouillie.

10 janvier 1934 un dernier examen des sécrétions du col ne permet plus de retrouver de gonocoques.

OBSERVATION VIII.

(Observation personnelle de M^{lle} le Dr de Larnage).

M^{lle} D..., 21 ans, présente lorsqu'elle vient nous consulter en avril 1933 une infection gonococcique dont elle connaît l'origine et qui se caractérise par un écoulement vaginal abondant, épais, jaunâtre avec tuméfaction de la grande lèvre gauche au tiers inférieur de laquelle on sent la glande de Bartholin augmenter de volume et douloureuse.

Les antiseptiques nombreux dont la malade a usé n'ont amené aucun soulagement.

Nous la traitons par des applications locales de vaccin antigonococcique à demeure, car l'examen bactériologique montre des diplocoques encapsulés, gram négatif, qui ne donnent guère de doute sur la cause de l'infection.

Nous ajoutons à ces pansements locaux des injections sous-cutanées de filtrats que la malade, au début, supporte assez mal. Pendant une semaine, le traitement semble amener une recrudescence des symptômes ; la lèvre est plus œdémateuse, la muqueuse est très rouge, les pertes sont épaisses et la malade se plaint d'une sensation de cuisson très pénible.

Nous continuons néanmoins le traitement et vers le 15^e jour, la muqueuse se décongestionne ; les pertes sont plus claires, la glande est diminuée de volume, et la malade

se sent très soulagée ; elle continue très régulièrement le traitement pendant 6 semaines et part très améliorée.

Nous la revoyons deux mois plus tard en excellent état et ne conservant de son infection que de légères pertes blanches.

OBSERVATION IX.

(M^{lle} le D^r de Larnage).

M^{me} N..., nous est envoyée en décembre 1933 par un confrère qui la soigne pour des troubles nerveux et demande un examen gynécologique.

Cette malade présente un état douloureux pelvien dû à une rétroflexion et à de la métrite corporéale et cervicale.

Au premier examen, nous ne voyons que cela et lui proposons des massages et des pansements au vaccin. Mais en faisant le premier pansement nous remarquons dans la lèvre droite une nodosité qui n'est autre que la glande de Bartholin cedématiée avec la muqueuse de voisinage rouge et douloureuse. Nous étendons donc nos applications de vaccin à cette région, faisant un bon tamponnement du vagin.

Au bout d'une dizaine de jours, la malade est très améliorée et lorsqu'elle nous quitte à la fin de son traitement, elle ne souffre plus, ses pertes blanches sont presque insignifiantes et il n'est plus question de bartholinite.

Nous l'avons revue dernièrement et son état est toujours satisfaisant.

OBSERVATION X.

(M^{me} le D^r Francillon-Lobre).

M^{me} O..., âgée de 26 ans, me fait appeler le 6 mars 1920 ; elle est atteinte de métrite gonococcique subaiguë, elle

est prise d'une douleur dans la lèvre gauche avec tuméfaction de la région, ganglion inguinal et température de 39°. La glande de Bartholin est gonflée et douloureuse.

On institue le traitement par le vaccin sous-cutané et par le vaccin local avec compresses chaudes toutes les 3 heures, renouvelées pendant 30 minutes chaque fois. En trois jours les accidents ont cédé, la glande s'est ouverte, le pus s'est écoulé, la tuméfaction a disparu. Le traitement de la métrite a été continué jusqu'à guérison complète.

Abcès de la marge de l'anus.

OBSERVATION XI.

M^{me} S..., 34 ans, me fait appeler le 10 octobre 1929. Elle arrive de voyage. Depuis 4 jours elle souffre d'une tuméfaction asiégeant à la marge de l'anus avec température de 38°,9.

Il s'agit d'un abcès, qui détermine le gonflement de toute la partie interne de la fesse droite. Rougeur intense, tension des tissus, douleur à la moindre pression. Le traitement par les applications locales de vaccin lysat est aussitôt commencé avec injection sous-cutanée d'un lysat polyvalent chaque jour. Au bout de 48 heures la température n'était plus que de 38° et en 6 jours l'abcès avait disparu.

(M^{me} le Dr Francillon-Lobre).

Conclusions.

La méthode de traitement par le vaccin Bass basée sur l'immunité locale de la peau et des muqueuses, a donné des résultats remarquables dans toutes les inflammations cutanées et cutanéomuqueuses, et particulièrement en gynécologie.

Il nous a paru que dans les infections péri-génitales et péri-anales, aussi rebelles et tenaces que la bartholinite chronique, par exemple, les succès obtenus, bien qu'en nombre assez restreint, étaient assez encourageants pour mériter d'être divulgués.

Vu : le Président de la thèse,

A. GOSSET.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Bartholinite.

- Bartholin.* — De ovariis mulieres. Rome, 1677.
- Belgodère.* — La Bartholinite isolée des vieilles (impression clinique) (Ann. des Mal. vén., 22, 816, nov. 1927).
- Bergeret, Fontaine.* — Bartholinitis (Med., 5, 543, avril 1924).
- Bizard et Blum (P.).* — La bartholinite blennorragique (Ann. Mal. vén., 1921).
- Clinton.* — Cyst of Bartholin's gland (J. Okhloma. M. Ass. Muskoger, 1921, XIV, 204).
- Commandeur, Gancherand.* — Bartholinite et grossesse (Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1925, XIV, 174).
- Czerwenka.* — Zur Behandlung der eitrigen Bartholinitis (Wien. Klin. Wch., 43, 1067, 21 août 1930).
- Dal, Collo.* — Contributo alla conoscenza delle ghiandole vestibolari minori (Osp. Maggiore. Milano, 1925, 3, S. XIII, 213).
- Dujon.* — Etude sur la glande vulvo-vaginale et ses abcès (Thèse Paris, 1908).
- Davis (J. E.).* — The pathology of the mayor vestibular ducts and glands (Am. J. Obst. N. Y., 1917, LXXV, 58).
- Dupuy (R.) et Rullier (G.).* — Des bartholinites aiguës et chron. (Revue de Gynécologie et de Chir. abdominale, 1908).

- Ferrari.* — Glandule sebacee libère dei genitali femminili esterni (Gior. Ital. D. Mal. Ven. Milano, 1906, XLL, 55).
- Fauvel.* — De l'inflammation chron. et des fistules de la glande vulvo-vaginale. Thèse Paris, 1885-1886, n° 86).
- Franco.* — Contribution à l'étude des Bartholinites et en particulier de leurs formes chroniques (Th. Paris, 1900).
- Frank et Gustavson.* — The femali sex hormone and the gestatinal gland (J. Am. M. Ass. Chicago, 1925, LXXXIV).
- Fullerton.* — Tuberculosis of Bartholin's gland (J. Ama. A., 91, 1175, 20 oct. 1928).
- Gonin, Aoustin.* — Zinc ghlòrid in bartholinitis (J. Ama. A., 84, 474, 7 fév. 1925).
- Gomez.* — Contribution à l'étude du cancer primitif de la glande de Bartholin (Th. Montpellier, 1914).
- Granier (Frédéric).* — Contribution à l'étude des barth. et traitement (Thèse Montpellier, 1910, n° 50).
- Hesse, Auer.* — Eine neue Behandlung methode der Bartholinitis (Derm. Weh. Leip. et Hamb., 1918, LXVII, 771).
- Hubner.* — Gonorrhéal Bartholinitis (Deutsch. Med. Weh., 50, 13, 4 janv. 1924).
- Hubner.* — Own blood in treatment of gonorrheal bartholinitis (Zent. F. Gyn., 49, 84, 10 janv. 1925).
- Hughier.* — Mémoire à l'Acad. de Méd. sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme (Ann. des Sciences naturelles, 1850).
- Koch, Kramer.* — Bacille de l'influenza dans la bartholinite (Munch. Med. Woch., n° 27, 3. juil. 1931, p. 1125, t. LXXVIII).
- Lacapère.* — Traitement des bartholinites chroniques par

le rayonnement total du radium (Soc. de Méd. de Paris, 1924).

Le Clerc. — Bartholinite suppurée à répétition contemporaine des règles (L'Ann. méd., n° 9, sept. 1929, p. 1).

Loeb. — Zur Therapie der gonorrhoeischen Bartholinitis (Munch. Med. Weh., 76, 920, 31 mai 1929).

Martineau. — Leçons clin. sur la blennorrhagie chez la femme, 1885, Delayaie, Paris, édit.

Neuwirth. — Ein Weitere Beitrag zum Studium des Karzinomis der Bartholinischen Drüse (Monat. F. Geburtsh. Gyn. Berl., 1925, LXX, 193).

Sabatier. — Contrib. à l'étude du traitement de la bartholinite (Thèse Paris, 1909, n° 95).

Salière, Delaitre. — De l'épithélioma de la glande de Bartholin (Th. Montpellier, 1914).

Schmidt la Baume. — A propos du traitement par les dérivés acridiniques de la bartholinite blennorrhagique (Rev. des Prog. thérapeut., n° 12, 5^e an., déc. 1929, p. 363).

— Die Infiltrationstherapie der Gonorrhoe Bartholinitis mit Akridinderivaten (Munch. Med. Weh., 75, 2209, 28 déc. 1928).

Sézary, Dupuy. — Le traitement des collections purulentes par la protéinothérapie locale bartholinite (Bull. et Mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris, 53, 337, 11 mars 1929).

Sieber. — Roentgen rays in bartholinitis (Zent. F. Gyn., 48, 2126, sept. 1927).

Smith. — An overlooked function of Bartholins' and Cowper's glands (J. Am. M. Ass. Chicago, 1912, LIX, 2303).

Sorrentino. — Contribuzione allo studio istologico terapeutico delle Barth. blenn. (Giorn. Ital. mal. ven., 1902, p. 385).

- Spencer.* — Case of primary cancer of Bartholin's gland (Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1913, 14, VII ; Obst. et Gyn., sect. 102).
- Spirito.* — Bartolinite gravidanza (Rinase Med., 5, 869, 1^{er} août 1928).
- Thelin.* — Radical treatment of bartholinitis (Rev. franç. de Gyn. et d'Obst., 19, 444, 25 juil. 1924).
- Verchère.* — La blennorragie chez la femme, 1894.
- Weisalf.* — Gonorrhéal bartholinitis treated with antoheinothrapy (Polska, Gaz. Lek., 7, 246, 1^{er} avril 1928).
- Welander.* — Uber das Vorkommen der gonococcus bei bartholinitis (Vierteljahr für Derm. u. syph., 1883, p. 19).
- Wittkopof.* — Ueber das Karnigom der Bartholin'schen Drüse (Kiel (8^o Leip., 1915).
- Wordley.* — Unusual vaginal infection in young married woman bartholinite (Lancet, 2, 1035, 16 nov. 1929).
- Traitement de la Bartholinite (La Clin., n^o 112, oct. 1928, p. 363).

* * *

- Péreton (Roger).* — Contribution à l'étude et au traitement des Bartholinites chroniques et présentation d'un dispositif fixateur des petites lèvres permettant de pratiquer sans aide de petites opérations sur la vulve (Thèse de Paris, 1933, Librairie Le François, éditeur).
- Serejis.* — Destruction par le thermocautère des glandes de Bartholini infectées (Deust. mediz. wochens., n^o 36, 2 septembre 1932, p. 1403).
- Werneck (C.).* — Acerca do tratamento das bartholinites chronicas (Rev. de Gynec. e do obst., 25, 487-489, décembre 1931).

Abcès ano-rectal.

- Albucht.* — Sur le traitement des abcès péri-rectaux (Wiener Klin. Wochenschrift, n° 22, 31 mai 1928).
- Auroy.* — Traité de la fistule de l'anus. Paris, 1869, in-12° 30901.
- Bellu.* — Les abcès chauds de la région péri-anale (Thèse de Paris, 1922).
- Chiricesco.* — Abcès et fistules de la région ano-rectale (Presse médic., 29 sept. 1928).
- Costantini.* — Abcès de la loge de Retzius par propagation d'un abcès péri-anal (Société de Chirurgie d'Alger, 22 novembre 1928).
- Abcès de la loge de Retzius par propagation d'un abcès péri-anal (Presse médicale, n° 1, 2 janvier 1929, p. 10).
 - Abcès de la loge de Retzius par propagation d'un abcès péri-anal (Algérie médicale, mai 1929).
- Dupuy et Frenelle.* — Thérapeutique des abcès, traitement des abcès de la région anale par le bactériophage (Le Concours médical, n° 41, 8 octobre 1933).
- Jacquemaire (J.).* — Traitement des abcès de l'anus (Soc. Méd. de l'Elysée. Séance du 1^{er} juin 1931).
- Perès.* — Traitement des fistules tuberculeuses par l'extract bacillaire colloïdal (Thèse Paris, 1924).
- Thévenard (M.).* — Traitement des abcès de la région anale par le bactériophage (Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris, p. 361. Séance du 5 juin 1931, t. XXIII, n° 10, p. 343).

Vaccinothérapie.

Travaux du professeur Besredka.

- Besredka.* — Immunité générale par immunisation locale (Bull. Inst. Pasteur, XX, 1922, p. 373-513).

- Etude sur l'immunité locale (Soc. de Biol., 19 mai 1923).
- De la vaccination locale (Paris méd., 1922, p. 496).
- Etude sur l'immunité locale, le pansement anti-streptococcique (Soc. Biol., 10 nov. 1923).
- Le pansement staphylococcique (Soc. Biol., 2 juin 1923).
- Pansements spécifiques, étude sur l'immunité locale (Ann. de l'Inst. Pasteur, XXXVIII, 1924, p. 565).
- De l'immunité locale, cuti-vaccination et pansements spécifiques (Presse méd., n° 56, 12 janv. 1924).
- De l'immunité locale (Bull. Inst. Pasteur, 31 mars 1924).
- De l'immunité locale, cuti-vaccination spécifique (Presse méd., 1924, p. 585).
- De l'immunité locale (Bull. Inst. Pasteur, 15 avril 1924).
- Immunisation locale, pansements spécifiques. 1 vol. Paris, Masson, 1925.
- L'immunité locale et ses applications pratiques (Presse méd., 27 oct. 1926, p. 1345).
- Vaccination locale (Progress de la Clinica, XXXIV, 1926, p. 385).
- L'immunisation locale et ses applications pratiques (Presse méd., oct. 1926-1927).
- Antivirusthérapie. 1 vol. Paris, Masson, 1930.
- Des antivirus (Sonderabdruck ans der schweig-Med. Woch., 1929).

Besredka et Urbain. — Antivirusthérapie. Etude sur l'immunité locale. Le pansement antistreptococcique (C. R. Soc. de Biol., LXXXIX, 1923).

Bass (A.). — Essais de vaccinothérapie par voie cutanée (C. R. de Biol., 89, 2 juin 1923, p. 9).

- De la vaccinothérapie au moyen des pansements d'origine microbienne (C. R. de Biol., 89, 2 juin 1923, p. 287).
- Bass, Soupault et Drouet.* — Des pansements anti-microbiens dans la pratique humaine (P. M., n° 5, janvier 1924).
- Bass (A.).* — Antivirusthérapie dans les infections à gonocoques (Presse méd., nov. 1930, p. 1537).

* * *

- Averill.* — Clinical observations on local immunisation (Northwest méd., July 1927, n° 7, vol. XXVI).
- Armstrong.* — Studies on the nature of the immunity reaction (Soc. H., 13, XCVIII, 1925, p. 525).
- Aubertin.* — Les principes de la vaccinothérapie (Progrès médical, n° 20, 14 mai 1921).
- Basset et Poincloux.* — La vaccination régionale par la porte d'entrée. Son application au traitement des Salpingites (Presse méd., n° 24, 22 mars 1930).
- Bazy.* — La vaccination pré-opératoire (Progrès médical, 1925).
- Bier.* — Immunität durch Befruchtung (Mürschen Med. Woch., LXXI, 1924, p. 491).
- Billard.* — Phylaxie non spécifique et immunité spécifique (C. N. Soc. de Biol., XLVI., p. 503, 1926).
- Blumenthal (F.).* — Valeur clinique du séro-diagnostic de la gonococcie (Deutsch. Med. Woch., t. LVI).
- Bolle.* — Aktive Immunisierung und Schutzimpfung (Zentral Bl. p. Bakt. orig., CIV, p. 90).
- Bordet.* — Les aspects actuels du problème de l'immunité (Bruxelles Méd., VII, 1927, p. 1551).
- Bourlakoff (I.-G.).* — De l'immunisation locale dans les affections gynécologiques (Wratchedorw. Dieto, 1925).

- Breisel.* — Betrachtungen über die Immunität bei einigen Erkrankungen mit ultravisiblem (Errager. Deutsch. Med. Woch., LI, 1925, p. 264).
- Buerera.* — Die entzündlichen Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsorgans, ihr wesen, ihre Erkennung und Behandlung. Vienne, 1930.
- Capelli.* — Espressioni Cliniche dell'immunità cutanea (Gior. Ital. di derm. et sif., LXVIII, 1927, p. 3).
- Chaurant.* — Le vaccin antigonococcique de Nicolle et Blaizot. Travail de l'Inst. Past. de Tunis.
- Chorine.* — Sur la spécificité de l'immunité acquise chez les insectes (C. R. Soc. Biol., XLVII, 1927, p. 1395).
- Conte.* — L'immunisation locale (Médecine Internat., nov. 1927, p. 438).
- Combrisco et Popesco.* — Recherches sur le mécanisme de l'immunité dans la vaccination par voie cutanée chez le Cobaye (C. R. Soc. de B., 1924, XCL, p. 484).
- Constantin (N.), Abroisatos.* — Un grand initiateur hellène de la vaccination au XVIII^e siècle (Presse méd., 24 déc. 1930).
- Danilewich.* — Le traitement des affections gonococciques, par vaccin et sérum (The urologie and cutaneous Reviews, avril 1920).
- David.* — Etat actuel de la vaccination antigonococcique (l'Hôpital, avril 1924).
- Denes (G.).* — Filhati alla Besredka e flusso vaginale (Therapia, déc. 1927).
- Delaser.* — De l'immunisation locale à l'immunité générale (Pr. méd., 1924, p. 3).
- Tendances modernes à expliquer l'infection par un processus de réactions localisées. Vaccination locale (Pr. méd., 2 janvier 1922).

- Eisler und Lehdorff.* — Ein Modifiziertzantivirus (Wien. Woch., 1927, XL).
- Ferry et Fischer.* — Studies of the immuiging properties of bacterial antigens prepared after various methods (Brit. Yvern Exp. Pathol., V, 1924).
- Flexner.* — General considerations regarding serum and vaccine therapy (J. am. med. ass., LXXXVI, 1921, p. 33).
- Flening.* — Vaccinotherapy in regard to general practice (Brit. Med. J., 1921, I, p. 253).
- Gay.* — On local and general immunity (I. Immunol., janv. 1923).
- Local resistance and local immunity to bacterie (Phys. Rev., IV, 1924, p. 191).
 - The function of tissues in immunité (Transact. Assoc. amer. Phys., XLI, 1926, p. 262).
- Gay et Clark.* — Clasmatoocytes and passive immunity to streptococcus infection (I. infect. dis., XXXVI, 1929, p. 233).
- A comparaisón of indifferent substances and specific antigen in oriducing local streptococcus infection (Proceed. Soc. Exp. Biol. et Med., XXVI, 1926, p. 20).
- Gerny.* — Contribution à l'étude de la cuti-immunisation (Ann. Inst. Pasteur, XXXVIII, 1924).
- Goldenberg et Panisset.* — L'évolution des idées sur l'immunité et les progrès de la thérapeutique par les vaccins et les sérums (Paris méd., 1925, p. 1, IV).
- La peau comme organe autonome. Les réactions à l'égard des infections et de l'immunité (Progrès méd., 1928, p. 7).
 - L'immunité locale (Prog. méd., janv. 1926, p. 7).
 - Contribution à l'étude de l'immunité locale (C. R. Soc. de Biol., XCIII, 1925, p. 1476).

- Un nouveau moyen de la vaccination locale l'ovule-vaccin (Progrès méd., 7 déc. 1926).
- Goodall.* — Vaccination by subcutaneous injection (Lanc., 1919, p. 285).
- Grain.* — Mastoïdites et antivirusthérapie (Pr. méd., 10 déc. 1930).
- Grimberg.* — La vaccination antiblennorragique (J. de Méd. Paris, 4 fév. 1922).
- Gracia et Rhodes.* — Production d'anticorps bactériolytiques et hémolytiques par la voie cutanée (C. R. de Biol., XCI, 1924, p. 797).
- Groer.* — Die Haut als Schutz und Immunitätsorgan (Klin. Woch., VI, 1927, p. 97).
- Guillaume.* — L'immunité totale (Bull. méd., 10-13 fév. 1926).
- Guillaume (A. G.).* — Les toxémies de la peau (Bull. méd., 13 fév. 1926).
- Haibe.* — A propos de l'immunité locale (C. R. Soc. de Biol., XCIV, 1926, p. 10436).
- Handuroy.* — Quelques remarques sur la vaccination et la vaccinothérapie (Bull. méd., 1923, p. 1275).
- Iahul et Pétetin.* — Collibacilluries d'origine digestive. Traitement par antivirusthérapie locale.
- Janet.* — Diagnostic et traitement de la blennorragie.
- Jonescu Miliaesti.* — Local passive immunity again anthrax injection (Proc. Soc. Exp. Biol. et Méd., XXII, 1922, p. 110).
- Jansion et Diot.* — Les pansements locaux à la gélose vaccinée (C. R. Soc. de Biol., XCIII, 1925, p. 1495).
- Jansion Vancel.* — Les pansements biologiques par les gélo-vaccins (Pr. méd., 1926, XXXIV).
- Jeanbrau.* — De l'utilité de l'autovaccination préopératoire dans les opérations conservatrices pour lithiase rénale et orchite infectée (Pr. méd., 1^{er} nov. 1930, p. 1488).

- Jelin.* — Zur Frage über den Mechanismus der Natürlichen (Immunität Zentralb. f. Bakt., XCVIII, 1926, p. 86-354-411).
- Kissing et Basilewsky.* — Expériences d'immunisation locale de la cornée d'après la méthode de Besredka (J. de Microbiol. russe, II, 1926, p. 253).
- Klukhine.* — De l'immunité locale et de son mécanisme (C. R. Soc. de Biol., XCVI, 1927, p. 53).
- Koulikoff.* — Equilibre ionique et immunité (C. R. Soc. Biol., XCVII, 1927, p. 516).
- Kuhle.* — Uber vakzinei immunität (München Med. Woch., LXXXI, 1924, p. 1719).
- Ledingham.* — Some problems of natural immunité and prophylaxie (J. Stat. mod., XXXIV, 1926, p. 2).
- Lasseigne.* — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie intra-utérine dans l'infection puerpérale (Thèse Montpellier, 1924).
- Legendre.* — Contribution à l'étude du vaccin antigono de Nicolle (Thèse Alger, 1914).
- Le Breton.* — Auto-vaccination dans la blennorrhagie (J. d'Urol., 1921).
- Le Für.* — De la vaccination en urologie, spécialement dans la blennorrhagie. Doin, éd., 1922.
- Sur le vaccin antigonococcique (Bull. méd., mars 1929).
- Vaccinothérapie et sérothérapie dans la blennorrhagie et ses complications (La Clinique, mai 1923).
- Legueu.* — Vaccinothérapie antigonococcique (Id., juin 1914).
- Lévy-Solal et Simard.* — Traitement précoce de l'infection puerpérale au moyen de pansements spécifiques (Presse méd., 22 juill. 1928).
- Lyon.* — Ce que tout médecin doit savoir de la vaccinothérapie (Bull. méd., 5 août 1922).

- Manwaring.* — The basis concepts of immunology (J. immunology, XII, 1926, p. 177).
- Maletierre.* — Traitement de la blennorragie par les sérums et les vaccins (Thèse Paris, 1912-1913).
- Maltête.* — Essais de vaccination anti-gonococcique de l'Institut de Paris (Thèse Bordeaux, 1921-1922).
- Marsan.* — La vaccinothérapie et la sérothérapie anti-gonococcique (l'Hôpital, janv. 1922).
- Metalnikoff.* — Phagocytose et réaction des cellules dans l'immunité (Ann. de l'Inst. Pasteur, XXXIX, 1925, p. 22).
- Metalnikoff et Tournanoff.* — La phagocytose de la réaction des cellules dans l'immunité locale (Ann. de l'Inst. Pasteur, XXXIX, 1925, p. 22).
- Metalnikoff et Sereteva.* — L'immunité en tant que réaction de réaction (C. R. de Biol., XCIV, 1926, p. 552).
- Mornard.* — De la vaccination pré-opératoire (Paris chirurgical, 1927, p. 127).
- Nicolle et Blaisot.* — Un vaccin antigonococcique (J. d'urolog., déc. 1912).
- O'Brien.* — Certain practical aspects et immunity (British Med. J., 1927, II, p. 975).
- Parisot et Simonin.* — Etude sur la vaccinothérapie par les autovaccins (Revue de Méd., n° 7, 1922).
- Philippeau.* — De la vaccination locale. Essai de traitement des métrites et blennorragies par les injections intra-utérines de vaccin antigonococcique (Thèse de Paris, 1924).
- Plotz.* — La vaccinothérapie en gynécologie (Revue génér. de Méd. et Chir. de l'Afrique du Nord et Col., 1^{er} mars 1929).
- Poincloux et Weissmann.* — La vaccination régionale. Son application au traitement des salpingites (C. R. de biol., 23 juin 1928).

- La vaccination régionale. Son application au traitement des métrites (C. R. Soc. biol., 30 juin 1928).
- Ramon.* — Réflexes conditionnels et immunité antitoxique (Soc. de Biol., séance 28 juill. 1928).
- Ravina.* — Thérapeutique de l'infection puerpérale par les pansements intra-utérins au filtrat de cultures de streptocoque (Thèse Paris, 1926).
- Renaud.* — Le problème de l'immunité locale (Bruxelles méd., sept. 1928, p. 1433).
- Renaud-Badet.* — Etat actuel sur la vaccination antigono. (J. d'urologie, 1921),
- Rivalier.* — Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunisation par voie cutanée. Etude critique de l'immunité locale (Thèse Paris, 1924).
- Rivière et Tillet.* — Local passive immunity in the skin rabbits to infection (J. exp. med., XLI, 1925 p. 185).
- Roux.* — A propos des vaccins antigonococciques (C. R. Ac. des Sciences, 1914).
- Rosenthal.* — Bactériophage ou anti-virus (Presse méd., 24 mai 1930).
- Salle.* — Sérothérapie et vaccinothérapie de la blennorragie (Th. Lyon, 1913).
- Salazar.* — Inmunidad local (E. Siglo med. Madrid., 22 de Enero 1927, p. 73).
- Sézary.* — Conditions de la vaccinothérapie antigonococcique (Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, 8 avril 1921).
- Remarques sur la vaccinothérapie antigonococcique (Progrès méd., 14 mai 1921).
- Sleinberg.* — Méthode de l'immunisation active dans la gonococcie, 1912.
- Sobernheim.* — Gewebsimmunität und humorale immunität (Scheiz. Med. Woch., LVI, 1926, p. 588).

- Tant et Duray.* — Contrib. à l'étude de la vaccinothérapie dans le traité de la blennor. (Brux. méd., 27 mars 1924).
- Tron.* — Ueber Anwendung des antivirns nach Besredka zu Posgeburts Krankheiten (J. de microbiol., 1916, p. 254, I).
- Turro et Domingo.* — Les anticorps locaux dans les immunités locales (C. R. Soc. biol., 17 fév. 1933, p. 87-410).
- Wollmann.* — Sur le rôle de la peau dans l'infection et l'immunité charbonneuse (C. R. Soc. de biol., XCII, 1925, p. 127).
- Wright.* — Vaccinothérapie (Brist. Méd. J., 1906-1901).
— Principes et emploi de la vaccinothérapie (Comm. à la Soc. roy. de Londres, 1903).
- Wright et Colebrock.* — New principles in therapeutic inoculation (Ann. Inst. Pasteur, XXXVII, 1923).
- Zoeller et Manoussakis.* — Toxine streptococcique et immunité locale (C. R. Soc. de biol., XCIII, 1925, p. 24).
- Zoeller et Ramon.* — De l'influence des facteurs non spécifiques dans l'apparition et le développement de l'immunité anti-toxique (Bull. Soc. méd. des hôp., 3^e S., L, 1926, p. 1370).
— Les vaccinations par voie nasale (Presse méd., 27 août 1927).

